

SAINT CLARE'S HEALTH SYSTEM

INTERCAMBIO DE DATOS SOBRE LA SALUD

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **NÚMERO DE CUENTA:** _____

Organización de Información sobre la Salud Jersey Health Connect (Jersey Health Connect Health Information Organization -HIO-)

El Sistema de Salud de Saint Clare's se ha asociado con el Jersey Health Connect HIO para ser partícipes en el Intercambio de Información de Salud de New Jersey (HIE, por sus siglas en inglés) de conformidad con los requisitos federales. El propósito del HIE es permitirle a los médicos y proveedores de servicios de salud y a las instalaciones a través del estado el poder compartir electrónicamente la información de salud del paciente para mejorar la calidad de los servicios de salud provistos. Las metas para el uso del HIE es tener a tiempo la información sobre las condiciones médicas del paciente, reducir los errores médicos y de medicamentos y reducir o eliminar la duplicidad de pruebas y costos innecesarios. Los pacientes pueden acceder al HIE para obtener su información de salud y convertirse en un participante activo e informado sobre el cuidado general de su salud. Las leyes de New Jersey y las regulaciones federales contienen requisitos estrictos sobre la seguridad y privacidad los cuales los participantes de HIE tienen que cumplir para salvaguardar y proteger la privacidad y confidencialidad del paciente.

La información del paciente contenida y compartida en el HIE podría incluir servicios y tratamientos en la oficina, hospital y otros incluyendo información sensitiva como diagnósticos o diagnósticos sospechosos de VIH/SIDA, enfermedades sexualmente transmisibles, salud mental y tratamiento de alcohol y drogas, pruebas genética;, servicios pagados completamente por usted, cuidados y servicios recibidos como un menor emancipado bajo las leyes estatales y cualquier otra información de salud por la cual la ley requiera consentimiento por escrito. Información relacionada a la salud mental, admisiones a instalaciones, visitas y toda la información de salud para pacientes entre las edades de 12 a 17 años no será compartida a través del HIE.

La información sobre la salud del paciente estará automáticamente disponible para los participantes del HIE. Sin embargo, el paciente puede decidir retirarse "opt-out" del HIE en cualquier momento comunicándose directamente y libre de costo con el Jersey Health Connect al (855) 624-6542 o vía Internet en <http://www.jerseyhealthconnect.org>. Si el paciente decide retirarse/ no incluirse en el HIE, su información de salud solamente estará disponible para ser accesada por los médicos y entidades directamente afiliadas con el Sistema de Salud de Saint Clare's.

RECONOCIMIENTO DEL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN-

Su firma al fondo reconoce que entiende que el Sistema de Salud de Saint Clare's Health System compartirá su información de salud a través del Programa de Jersey Health Connect HIE, con todos los individuos y entidades que tienen la autorización para acceder a dicha información con propósitos relacionados a su tratamiento y cuidado. Entiendo que esto incluye pero no se limita la información protegida de salud arriba descrita.

También reconozco que tengo el derecho a retirarme/no ser incluido en este intercambio electrónico de información de salud comunicándome directamente con el Jersey Health Connect. Entiendo que puedo retirarme más adelante comunicándome con el Jersey Health Connect; sin embargo, la información previamente suministrada antes de la fecha del retiro pudo haber sido vista por los proveedores de servicios de salud.

Firma del Paciente o Representante Legal

Nombre Impreso y Autoridad del Representante Legal (si aplica)

CONSENTIMIENTO PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN FARMACÉUTICA (E-Prescribe)-

El Sistema de Salud Saint Clare's posee la habilidad de obtener electrónicamente el historial de medicinas recetadas del paciente a través del intercambio de información farmacéutica. Los proveedores de servicios de salud como médicos, farmacias y compañías aseguradoras participan de este intercambio para mejorar la administración de los servicios de cuidados de la salud y facilitar el proceso de facturación.

Consiento ___ No consiento ___ a que se acceda electrónicamente a mis beneficios de cobertura de prescripciones y a mi historial de medicinas y que se recupere la información de la red electrónica nacional de prescripciones.

Firma del Paciente o Representante Legal

Nombre Impreso y Autoridad del Representante Legal (si aplica)

Firma del Testigo

Fecha

Hora

Utilizando el idioma principal del paciente _____, el Intérprete reconoce que el paciente entiende y está de acuerdo con la declaración aquí incluida.

Nombre impreso del Intérprete

Firma del Intérprete